

Examen clinique et explorations complémentaires de l'anus

L'interrogatoire précis et l'examen clinique complet s'intéressant à tous les étages du périnée permettent d'orienter le diagnostic des maladies anales et le plus souvent d'en guider le traitement. Il faut parfois recourir à des examens complémentaires pour affiner le diagnostic ou compléter l'inventaire préthérapeutique (recherche de lésion associée ou d'anomalie potentielle dans les troubles de la statique pelvienne). Ces examens complémentaires doivent toujours être discutés, indiqués et interprétés en fonction de l'examen clinique.

Philippe GUYOT

Groupe d'hépatogastro-entérologie
5, avenue Jean Jaurès
69007 Lyon
Mél : p.guyot@accesinter.com

L'examen clinique est le temps premier essentiel et fondamental de la proctologie. Les examens complémentaires proposent une exploration morphologique intestinale en fonction de la symptomatologie et des facteurs de risque présents ou complètent les données cliniques en recourant à l'imagerie ou aux explorations fonctionnelles précisant le diagnostic et documentant la discussion thérapeutique.

Examen clinique

Interrogatoire

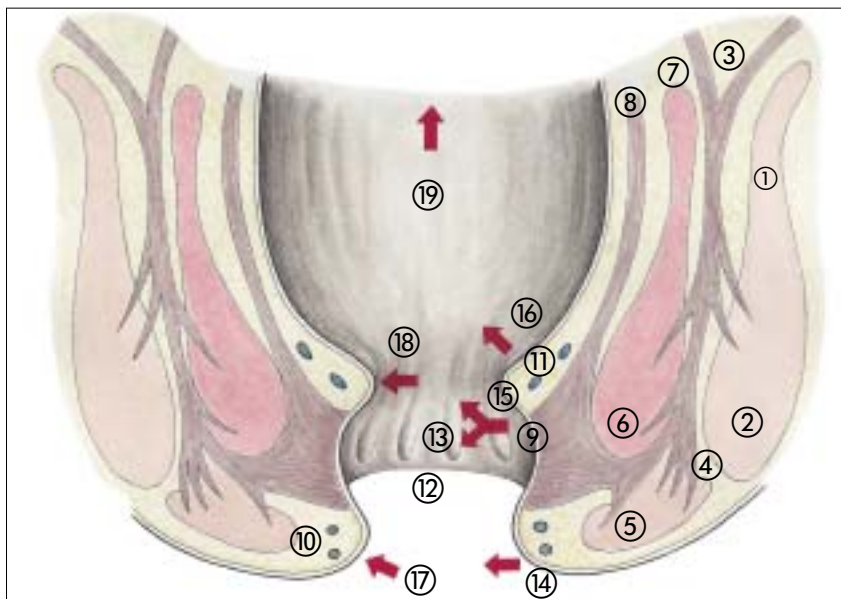
Outre les antécédents personnels et familiaux et les prises médicamenteuses habituelles, l'interrogatoire précise l'histoire actuelle : la date de début des symptômes, leurs caractères. L'expression sémiologique est déjà une orientation considérable pour le diagnostic : proctalgies en un ou plusieurs temps des fissures déclenchées systématiquement par la selle ; douleurs pongitives et permanentes des suppurations anales ; douleurs pelviennes irradiant vers le périnée ou l'étage antérieur des algies ano-périnéales essentielles.

L'interrogatoire se focalise plus spécialement sur la sémiologie spécifiquement proctologique :¹

- rectorragies ou plutôt anorragies classiquement rutilantes, de sang vif, accompagnant la selle, parfois spontanées, parfois moins typiques mélangées aux selles et évoquant une atteinte plus haut située ;
- douleurs dont on analyse la topographie, les irradiations, le rapport avec la selle ou avec des facteurs positionnels, la durée, les facteurs d'aggravation ou, au contraire, de sédation ;
- procidence hémorroïdaire survenant à la selle, de réintégration spontanée ou nécessitant une réintégration manuelle, se reproduisant parfois spontanément ou lors des efforts au cours de la journée ;
- tuméfaction d'apparition récente ou ancienne, douloureuse, inflammatoire, ou, au contraire, asymptomatique ;
- suintements survenant en dehors des selles, constitués de liquide clair, de sérosité plus ou moins sanglante ou de pus ;
- prurit qui est un symptôme fréquent, souvent mal exprimé, évoqué plutôt sous forme de brûlures ou de cuisson dont il faut préciser la topographie, les conditions et les heures de survenue, ainsi que les facteurs déclenchants éventuels et, en particulier, les traitements antérieurs.

L'interrogatoire doit aussi porter spécifiquement sur les troubles du transit éventuels : nombre, fréquence et consistance des selles ; prise de traitement laxatif ; symptômes en faveur d'une constipation terminale avec difficultés d'évacuation, sensations d'évacuation incomplète, nécessité de recourir à des manœuvres digitales ou à des positions particulières.

L'interrogatoire très attentif a une



Anatomie du canal anal (coupe frontale)

1. Releveur de l'anus; 2. Sphincter externe (faisceau profond); 3. Couche longitudinale du rectum; 4. Couche longitudinale complexe; 5. Sphincter externe (faisceau superficiel); 6. Sphincter interne; 7. Couche circulaire du rectum; 8. Muscularis submucosae -ani; 9. Ligament de Parks; 10. Plexus hémorroïdaire externe; 11. Plexus hémorroïdaire interne; 12. Cryptes de Morgagni; 13. Papille; 14. Artère hémorroïdale inférieure; 15. Artère hémorroïdale moyenne; 16. Artère hémorroïdale supérieure; 17. Veine rectale inférieure (système cave); 18. Veine rectale moyenne (système cave); 19. Veine rectale supérieure (système porte).

valeur sémiologique indiscutable et permet de créer une relation entre le médecin et le patient qui facilite la poursuite de l'examen proctologique. Toujours vécu, au moins comme désagréable, le plus souvent comme humiliant, l'examen physique nécessite une mise en confiance du patient et une dédramatisation.²

Examen physique

L'exploration doit être précise, systématisée et complète. La position classique de la proctologie française est genu-pectorale. Elle offre l'avantage indiscutable d'un accès facile à l'anus, permettant d'un simple coup d'œil le diagnostic des lésions marginales, facilitant l'accès au déplissement de l'anus et au toucher anal. Elle a cependant des limites qui sont, outre sa mauvaise acceptation par le patient, sa mauvaise qualité d'analyse du rectum et du périnée dans les troubles de la statique pelvienne.

La position genu-pectorale n'est donc pas suffisante et il faut généralement y associer un examen en décubitus dorsal

pour les troubles de la statique pelvienne, et ce d'autant plus que l'on s'intéresse aux étages urinaire et génital féminin, ou en décubitus latéral gauche comme le font habituellement les Anglo-Américains, soit d'emblée pour la totalité de l'examen proctologique, soit en complément de la position genu-pectorale pour ne pas laisser passer une affection rectale associée. L'examen est réalisé avec une paire de gants d'examen non stériles en vinyle ou en latex. On peut utiliser des doigts classiques ou des doigts roulés en boudin auto-risant une meilleure sensibilité, en particulier dans l'analyse du canal anal. Le matériel d'anuscopie utilise le plus souvent des anuscopes à usage unique dont le coût est maintenant tout à fait raisonnable. Certains fabricants fournissent des manches éclairants en fibre optique reliés à une source de lumière froide. La rectoscopie rigide est pratiquée de façon moins routinière depuis l'avènement de l'endoscopie souple et n'est réalisée de manière systématique que s'il n'est pas nécessaire d'examiner le côlon sus-jacent.

L'examen clinique, enfin, est à la fois statique et dynamique, c'est-à-dire qu'il apprécie non seulement les lésions éventuelles mais aussi la fonctionnalité de l'anus. Pratiqué par un opérateur entraîné, il est parfaitement reproductible et permet d'apprécier la fonction musculaire, les troubles de la statique, et de donner des renseignements superposables à la manométrie quant à la pression de repos ou à la pression de contraction volontaire du canal anal.^{3,4}

L'inspection cherche les lésions marginales : tuméfaction, lésion prurigineuse ou suintante de la marge anale. Elle permet à elle seule le diagnostic de dermatose périanale, d'abcès ou de thrombose marginale, de maladie sexuellement transmise de type condylomatose. Elle s'intéresse aussi systématiquement au périnée et permet de mesurer la distance ano-vulvaire, de noter la présence de cicatrice ou de déformation périnéale, en particulier d'origine obstétricale et donc déjà d'orienter fortement le diagnostic en cas d'incontinence anale. On demande au patient de contracter l'anus afin d'apprécier la symétrie de la contraction volontaire et son amplitude, l'alternance des mouvements de poussée et de contraction permettant de vérifier la mobilité périnéale et l'absence d'asynchronisme abdomino-sphinctérien. Enfin, le déplissement des plis radiés permet d'apprécier la tonicité anale et d'examiner la région sous-pectinée du canal pour en diagnostiquer les éventuelles lésions avec, en tout premier lieu, la fissure anale, habituellement polaire antéropostérieure, parfois latérale, devant faire évoquer en cas de caractère atypique le diagnostic différentiel des ulcérations anales : Crohn, chancre syphilitique, etc.

Le toucher est d'abord anal, limité strictement à l'examen du canal anal et effectué avec la pulpe de l'index, appréciant l'existence d'irrégularités, de douleurs précises et surtout d'anomalies du tonus sphinctérien : contractions déjà mises en évidence au déplissement anal ou, au contraire, hypotonie. L'examen est ici encore dynamique en demandant au patient de contracter pour apprécier la pression maximale volontaire, sa durée et, de ce fait, la valeur du sphincter externe. En

réalisant un toucher anal un peu plus profond, le doigt perçoit en arrière la protrusion du muscle pubo-rectal délimitant la partie haute du canal anal (v. figure).

Enfin, les faisceaux latéraux des muscles releveurs de l'anus sont évalués à la partie haute du canal anal latéralement, ces releveurs constituant les cordes qui suspendent la balançoire anale. Le toucher anal s'achève en toucher rectal, examinant les structures adjacentes : rectum, prostate, cul-de-sac de Douglas.

L'anuscopie donne accès à la vision de la partie haute du canal anal, inaccessible au déplissement anal et au bas rectum. Effectuée avec douceur, elle est à la fois statique et dynamique. Elle donne accès à la zone hémorroïdaire interne, dans la partie haute sus-pectinée du canal anal : caractère congestif, existence de paquets individualisables et leur procidence dans la lumière de l'anuscope. L'anuscopie examine aussi la partie basse du rectum : lésions muqueuses (érythème, ulcère ou autres), sécrétions anormales et mobilité du bas rectum à la poussée à la recherche d'un prolapsus caché. La rectoscopie est systématique chez les sujets jeunes sans facteur de risque présentant des rectorragies si la coloscopie n'est pas indiquée.

L'examen clinique mène, à la demande et en fonction des lésions, à certains actes diagnostiques (prélèvements, écouvillonnages pour examen microbiologique, biopsie...) et à certains gestes thérapeutiques simples, ambulatoires, réalisables dans des conditions de sécurité complète au cabinet et souvent salvateurs (incision ou excision de thromboses hémorroïdaires externes, incision d'abcès, destruction de condylomes...).

L'examen clinique proctologique est systématiquement complété par un examen en décubitus dorsal à la recherche de troubles de la statique pelvienne associée (cystocèle, hystérocèle, élytroccèle).

Explorations complémentaires

L'examen clinique permet le diagnostic positif de l'immense majorité des lésions proctologiques propre-

ment dites. Les examens complémentaires ont 2 buts : 1. éliminer une maladie recto-colique associée en centrant la recherche sur le cancer ; 2. quantifier les troubles suspectés cliniquement. L'exploration fonctionnelle peut permettre de dévoiler des dysfonctionnements potentiels (incontinence urinaire après geste sur le périnée postérieur). L'imagerie conforte la suspicion clinique et met en évidence des lésions masquées associées éventuelles (élytroccèle).

Quand réaliser une coloscopie totale ?

Les symptômes d'appel sont le plus souvent des rectorragies mais aussi des difficultés d'évacuation, des troubles du transit d'apparition récente, un syndrome rectal. La conférence de consensus réunie en 1997⁵ sépare les patients en 3 groupes de risque.

1. Risque très élevé : cas identifiés de polyposse adénomateuse familiale ou syndrome de Lynch (cancer colique héréditaire sans polyposse). Dans la polyposse adénomateuse familiale, la colectomie est de règle et la surveillance est en général organisée. Dans le syndrome de Lynch, les coloscopies totales doivent être faites tous les 2 ans et, en cas de symptômes dans l'intervalle, une coloscopie gauche peut être rapprochée.
2. Risque élevé : patients ayant un apparenté du 1^{er} degré atteint de cancer ou de polype avant 60 ans, ou 2 apparentés du 1^{er} degré atteints quel que soit leur âge. Les autres cas particuliers (recto-colite hémorragique, maladie de Crohn, cancer épidémiologiquement lié) sont en général déjà dans des protocoles de surveillance.
3. Risque moyen : patients âgés de plus de 50 ans, sans facteur de risque. On peut se contenter d'une coloscopie gauche si la symptomatologie est pure, en recourant à une coloscopie totale s'il y a un doute sur les symptômes.

La survenue de rectorragies justifie une coloscopie longue au delà de 45 ans et une coloscopie courte avant cet âge.

Explorations ano-rectales

Explorations fonctionnelles et imagerie sont une aide à la prise de décision thérapeutique. Cela concerne essentiellement les troubles de la statique pelvienne. Il n'est pas question de réaliser une batterie d'examens pour chaque malade. Chaque exploration doit être discutée en fonction de l'examen clinique et de l'intérêt préthérapeutique. Pour la commodité de l'exposé, nous les séparons en explorations fonctionnelles et examens d'imagerie mais les études évaluant leur intérêt suggèrent souvent leur association : temps de transit colique et défécographie dans l'exploration des constipations ; manométrie ano-rectale et endosonographie anale pour l'incontinence.

Explorations fonctionnelles

*Le temps de transit colique*⁶ n'a d'intérêt que dans l'exploration des constipations. Il peut cependant être utile dans les troubles de la statique rectale pour confirmer un ralentissement prédominant dans la région rectosigmoïde ; en cas d'indication opératoire, un temps de transit allongé serait un facteur de constipation postopératoire dans la cure des prolapsus ou des rectocèles.

Le principe de la *manométrie ano-rectale*⁷ est la mesure des pressions enregistrées au niveau du canal anal au repos, lors de la contraction volontaire et lors de distension rectale isovolumentique. Le but est une évaluation objective du tonus basal, de la contraction volontaire au niveau du canal anal et de la capacité d'adaptation de l'ampoule rectale par la mesure de la compliance rectale. La manométrie vient donc conforter l'examen clinique dans le diagnostic d'un anisme ou d'une hypotonie et elle apporte des renseignements que l'examen clinique ne peut pas obtenir sur le réservoir rectal. Elle est pathognomonique de la maladie de Hirschsprung en l'absence de réflexe recto-anal inhibiteur.

L'intérêt des *explorations électrophysiologiques* est relativement limité en clinique.⁸ Au niveau du diagnostic, elles sont requises pour rechercher une lésion proximale plexique associée à un désordre nerveux périnéal. Elles sont utiles au diagnostic des algies ano-périnéales. Au niveau thérapeutique,

elles n'interviennent pas dans la décision thérapeutique, même si elles mettent en évidence une dénervation importante car, même si elle est un facteur de mauvais pronostic, elle ne contre-indique pas la chirurgie réparatrice. L'électrophysiologie, en revanche, a un intérêt dans le choix de la rééducation périnéale, certaines constatations contre-indiquant l'utilisation d'électrostimulations ; dans la détermination du mécanisme d'une incontinence post-obstétricale, lorsqu'il n'y a pas de défaut musculaire, en faisant la distinction entre une lésion distale par simple étirement pudendal qui doit récupérer et une atteinte proximale plexique par manœuvre instrumentale ; pour préciser les mécanismes des troubles de la statique pelvienne, en particulier l'intrication d'un élément traumatique et d'une atteinte nerveuse.⁹

Imagerie

Deux techniques sont validées pour l'exploration de la région anale : le viscérogramme pelvien et l'endosonographie anale. Les examens par résonance magnétique sont en cours d'évaluation.

L'endosonographie anale réalisée soit avec une sonde rigide rotative, soit avec un écho-endoscope flexible, permet une étude précise de l'appareil sphinctérien. Cette technique d'imagerie indiquée de première intention dans toutes les incontinences anales pour dépister ou confirmer le défaut sphinctérien¹⁰ permet une appréciation objective de l'atteinte musculaire, plus facilement au niveau du sphincter interne que du sphincter externe. L'utilisation d'une fréquence comprise entre 7 et 10 MHz ne permet pas d'analyse précise des fosses ischio-rectales. En dehors des ruptures musculaires, l'endosonographie est utile dans les suppurations anales, tout particulièrement pour mettre en évidence l'orifice interne des fistules, plus accessoirement pour apprécier le trajet fistuleux et l'existence de trajet secondaire.¹¹ Elle a surtout l'avantage dans cette indication, par rapport à la résonance magnétique, d'être utilisable pendant l'acte chirurgical.

La rectographie dynamique (viscérogramme pelvien) permettant d'évaluer la statique du rectum et du plancher

pelvien a laissé la place à la colpocysto-défécographie qui consiste à opacifier simultanément avec des produits de contraste adaptés la vessie, le vagin et le rectum. Cette technique a l'avantage d'apprécier les modifications statiques aussi bien du périnée postérieur que du périnée antérieur. Les images sont réalisées sur une patiente en position assise et les clichés réalisés au repos, en retenue et en poussée permettant d'évaluer la topographie de la jonction ano-rectale, la valeur de l'angle ano-rectal et leur modification en situation dynamique. Les clichés réalisés au cours de l'évacuation évaluent la descente de la vessie, de l'utérus et de la jonction ano-rectale. Ils permettent d'apprécier le contenu d'une colpocèle et donnent une idée des troubles de l'évacuation rectale (asynchronisme, prolapsus, vidange incomplète, akinésie). L'examen est surtout intéressant dans la recherche de lésion associée et, en particulier, dans la mise en évidence d'une élytrocèle dont le diagnostic clinique n'est pas toujours évident.

L'imagerie par résonance magnétique a acquis ses titres de noblesse dans la pathologie des fistules¹² où elle permet dans les cas complexes une bonne analyse des trajets et des diverticules secondaires. Elle est, en revanche, moins performante pour la mise en évidence de l'orifice interne. L'étude des troubles de la statique pelvienne par résonance magnétique en est à ses balbutiements et nécessite une validation scientifique. Au niveau dynamique, elle sera vraisemblablement en compétition avec l'échographie endo-anale de 2^e génération en 3 dimensions.

Conclusion

La proctologie est une discipline par essence clinique. L'interrogatoire et un examen rigoureux fait dans d'excellentes conditions d'installation et de mise en confiance du patient autorisent un diagnostic précis et une indication thérapeutique adaptée dans la plupart des cas. Il faut cependant savoir s'aider d'examens complémentaires orientés par la clinique, en cas de diagnostic incertain ou de manifestations associées ou pour compléter l'inventaire préthérapeutique. ■

SUMMARY

Clinical and ancillary investigations of the anus

Philippe Guyot

Precise history-taking and a complete clinical examination including all the components of the perineum guide diagnosis in anorectal disorders and most often indicate treatment. Ancillary investigations are sometimes needed for more precise diagnosis or to complete pretreatment workup. Such additional investigations should always be discussed, indicated and interpreted in view of the clinical examination.

Rev Prat 2001 ; 51 : 17-20

RÉFÉRENCES

1. Bull-Henry K, Al Kwas FH, Benjamin SB, Fleischer DE, Lewis JH, Nguyen C. Is history predictive of source in patients with minor rectal bleeding? A prospective study. *Gastroenterology* 1991 ; 100 : A5.
2. Wilt TJ, Cutler AE. Physician performance and patient perceptions during the rectal examination. *J Gen Intern Med* 1991 ; 6 : 541-7.
3. Hallan RI, Marzouk DE, Waldron DJ, Womack NR, Williams NS. Comparison of digital and manometric assessment of anal sphincter function. *Br J Surg* 1989 ; 76 : 973-5.
4. Siproudhis L, Ropert A, Vilotte J et al. How accurate is clinical examination in diagnosing and quantifying pelvicorectal disorders? A prospective study in a group of 50 patients complaining of defecatory difficulties. *Dis Colon Rectum* 1993 ; 36 : 430-8.
5. Conclusions de la conférence de consensus sur les cancers du côlon. ANAES, 1997.
6. Chaussade S, Khyari A, Roche H et al. Determination of total and segmental colonic transit time in constipated patients. Results in 91 patients with a new simplified method. *Dig Dis Sci* 1989 ; 34 : 1168-72.
7. Read NW, Sun MW. Disordered anorectal motor function. In: Dent J (ed.). *Practical issues in gastrointestinal motor disorders*. London : Baillière's Clinical Gastroenterology, 1991 ; 5 : 479-503.
8. Halverson AL, Orkin BA. Which physiologic tests are useful in patients with constipation? *Dis Colon Rectum* 1998 ; 41 : 735-9.
9. Vaccaro CA, Cheong DM, Wexner SD et al. Pudendal neuropathy in evacuatory disorders. *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 166-71.
10. Meyenberger C, Bertschinger P, Zala GF, Buchmann P. Anal sphincter defects in fecal incontinence: correlation between endosonography and surgery. *Endoscopy* 1996 ; 28 : 217-24.
11. Choen S, Burnett S, Bartram CI, Nicholls RJ. Comparison between anal endosonography and digital examination in the evaluation of anal fistulae. *Br J Surg* 1991 ; 78 : 445-7.
12. Lunniss PJ, Barker PG, Sultan AH et al. Magnetic resonance imaging of fistula in ano (see comments). *Dis Colon Rectum* 1994 ; 37 : 708-18.